Konferencja
Rektorów
Akademickich
Uczelni
Medycznych

KRAUM

Rektor
prof. dr hab. Adam Krętowski
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
e-mail: rektor@umb.edu.pl

Prorektor
ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera
w Bydgoszczy
e-mail: prorektor@cm.umk.pl

Rektor
prof. dr hab. Marcin Gruchała
Gdański Uniwersytet Medyczny
e-mail: rektor@gumed.edu.pl

Prorektor
UJ ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Tomasz Grodzicki
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
e-mail: prorektor@cm-uj.krakow.pl
e-mail: prorektorcm@uj.edu.pl

Rektor
prof. dr hab. Andrzej Drop
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
e-mail: biuro.rektora@umlub.pl

Rektor
prof. dr hab. Radzisław Kordek
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: rektor@umed.lodz.pl

Prorektor
ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Sergiusz Nawrocki
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
w Olsztynie
e-mail: prorektorum@uwm.edu.pl

Rektor
prof. dr hab. Andrzej Tykarski
Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
e-mail: rektor@ump.edu.pl

Rektor
prof. dr hab. Bogusław Machaliński
Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie
e-mail: rektor@pum.edu.pl

Rektor
prof. dr hab. Mirosław Wielgoś
Warszawski Uniwersytet Medyczny
e-mail: rektor@wum.edu.pl

Dyrektor
prof. dr hab. Ryszard Gellert
Centrum Medyczne
Kształcenia Podyplomowego
e-mail: dyrektor@cmkp.edu.pl

p.o. Rektora
prof. dr hab. Piotr Ponikowski
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
e-mail: rektor@umed.wroc.pl

Członek stowarzyszony:
Prorektor
ds. Medycznych
prof. dr hab. Stanisław Głuszek
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
e-mail: prmed@ujk.edu.pl

PRZEWODNICZĄCY

Rektor
prof. dr hab. Przemysław Jałowiecki
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

ul. Poniatowskiego 15
40-055 Katowice
tel. (032) 208 35 55 / fax 208 35 61
e-mail: rektor@sum.edu.pl / kraum@sum.edu.pl

Uchwała Nr 93/2019
Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
z dnia 30 października 2019 r.

w sprawie: sytuacji finansowej szpitali klinicznych

Na podstawie § 2 ust. 1 pkt 1) i pkt 4) w związku z § 6 ust. 1 Regulaminu Działania Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz pismem z dnia 13 września 2019 r. znak: 55/PUSK/2019 Przewodniczącego Polskiej Unii Szpitali Klinicznych

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
uchwala, co następuje:

§ 1

1. Wyraża zaniepokojenie sytuacją finansową szpitali klinicznych, uwarunkowaną w szczególności ryczałtowym sposobem rozliczania świadczeń zdrowotnych.
2. Wskazuje, że pogarszająca się sytuacja finansowa szpitali klinicznych może stanowić nie tylko zagrożenie dla utrzymania dostępności do świadczeń dla pacjentów, ale zagraża także utrzymaniu klinicznych miejsc kształcenia studentów kierunków lekarskich.
3. Negatywnie ocenia przyznanie dodatkowych środków publicznych jedynie dla szpitali I i II poziomu systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem szpitali ogólnopolskich.
4. Popiera stanowisko Polskiej Unii Szpitali Klinicznych wyrażone w piśmie z dnia 13 września 2019 r. znak: 55/PUSK/2019 przez Przewodniczącego PUSK skierowanym do Ministra Zdrowia.
5. Uzasadnienie stanowiska KRAUM stanowi Załącznik Nr 1 do Uchwały

§ 2

Upoważnia Przewodniczącego KRAUM do przekazania Uchwały Ministrowi Zdrowia oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący
Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych

prof. dr hab. Przemysław Jałowiecki

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr 93/2019
KRAUM
z dnia 30 października 2019 r.

Uzasadnienie

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych wskazuje, że szpitale kliniczne, dla których podmiotem tworzącym są akademickie uczelnie medyczne oraz CMKP, pełnią kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej. Udzielają nie tylko wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, ale są też gwarantem bezpieczeństwa, zapewniając leczenie w sytuacjach odmowy przyjęcia przez inne podmioty.

Szpitale kliniczne przeszły w większości procesy restrukturyzacyjne, przygotowujące złożoną strukturę organizacyjną do współczesnych wymagań efektywnego zarządzania w opiece zdrowotnej. Skutkiem podjętych działań była znacząca poprawa sytuacji finansowej szpitali klinicznych i trend obniżenia globalnego zadłużenia, obserwowany do roku 2017. Zmiana systemu finansowania lecznictwa szpitalnego i wprowadzenie tzw. ryczałtu spowodowało jednak pogorszenie sytuacji ekonomicznej tych podmiotów leczniczych.

Szpitale kliniczne realizują w dużej części świadczenia ratujące zdrowie i życie. Nie mają zatem możliwości swobodnego kształtowania profilu przyjęć pacjentów, tak by nie przekraczać przyznanej wartości limitu świadczeń (np. dokonując przesunięć pomiędzy zakresami świadczeń składających się na ryczał, z racji na uwarunkowania epidemiologiczne i zdrowotne). Wykonywanie w poprzednim systemie rozliczeniowym tzw. świadczeń ponadlimitowych przez szpitale kliniczne w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, wynikało z realnych potrzeb zdrowotnych Polaków. Prawnym potwierdzeniem zasadności realizacji tych świadczeń, było uznawanie ich w rozliczeniach przez NFZ, bądź orzeczenia sądów powszechnych w prowadzonych postępowaniach o zapłatę za zrealizowane świadczenia zdrowotne. Warto zaznaczyć, że potrzeby zdrowotne determinowane są sytuacją demograficzną i epidemiologiczną, a przyjęte systemy rozliczeń nie powodują eliminacji realnych potrzeb pacjentów. Choć reglamentowanie opieki zdrowotnej przynależne jest do każdego systemu ochrony zdrowia, to warto zwrócić uwagę na szczególną misję szpitali klinicznych. W szpitalach tych niejednokrotnie wdrażane są nowatorskie zabiegi a także wykonywane kosztochłonne procedury.

Pomimo zmiany systemu rozliczeniowego szpitale kliniczne nie odmawiają wykonywania niezbędnych świadczeń ratujących zdrowie i życie, które co do zasady stanowią znaczącą część prowadzonych tam hospitalizacji. Skutkiem tego jest jednak przekroczenie przyznanego ryczałtu, a zatem poniesienie kosztów przez szpital, bez możliwości rozliczenia tych świadczeń z publicznym płatnikiem.

Z danych przygotowanych przez Polską Unię Szpitali Klinicznych, wynika że z 29 szpitali, które przekazały swoje dane finansowe, w 19 z nich pogorszyła się sytuacja finansowa. Raport wskazuje na znaczący wzrost wynagrodzeń w szpitalach klinicznych o ponad 30% w latach 2017-2019, nieadekwatny do struktury przychodowej.

Faktem jest zwiększenie budżetów większości szpitali klinicznych w ostatnich latach. Należy jednak zaznaczyć, że wzrost przychodów szpitali klinicznych w dużej mierze determinowany był także znaczącym udziałem realizowanych programów lekowych, co nie przekłada się na zdolność do generowania większego dodatniego wyniku finansowego.

Analizując dane finansowe szpitali klinicznych za I półrocze lat 2017-2019, obserwuje się bardzo dynamiczny wzrost zobowiązań, w tym zobowiązań krótkoterminowych. Zaniepokojenie budzi także zapowiedź wzrostu płacy minimalnej, co w kontekście braku realnych informacji o zwiększeniu finansowania świadczeń dla szpitali klinicznych, skutkować będzie przerzuceniem kosztów zwiększenia wynagrodzeń na podmioty lecznicze. Przewidujemy, że dalszy, znaczący wzrost kosztów zaburzy zdolność szpitali do bieżącego regulowania zobowiązań.

Taki stan rzeczy może w najbliższej perspektywie realnie zagrażać stabilności ekonomicznej szpitali klinicznych. Jednym z negatywnych skutków może być ograniczenie dostępności do specjalistycznych świadczeń, a także wydłużenie list oczekujących na świadczenia specjalistyczne. Późne konsekwencje, jednakże mające dramatyczne skutki dla Polski mogą dotyczyć zapaści w dydaktyce klinicznej. Uczelnie medyczne mogą stanąć przed koniecznością podjęcia decyzji o likwidacji szpitali klinicznych z racji na ujemny wynik finansowy skorygowany o amortyzację, z jednoczesną koniecznością realizacji strategii Państwa ukierunkowanej na wzrost liczby absolwentów kierunków lekarskich. To sprzeczność nie do pogodzenia, bowiem kliniczne kształcenie praktyczne stanowi warunek *sine qua non* w przygotowaniu przeddyplomowym i możliwe jest co do zasady jedynie w wyspecjalizowanych szpitalach.

We wrześniu br. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło przyznanie dodatkowych 344 mln zł na lecznictwo szpitalne, pochodzących z funduszu zapasowego NFZ, zasilonego środkami budżetowymi. Środki te mają jednak być jedynie przekazane dla szpitali powiatowych (I i II poziomu podstawowego systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Pomięto przy tym szpitale kliniczne, pełniące rolę szpitali ogólnopolskich w tzw. sieci szpitali, pomimo iż sytuacja finansowa tych jednostek jest równie niepokojąca, co w szpitalach powiatowych.

Należy bezwzględnie docenić rolę szpitali powiatowych, zabezpieczających podstawowe potrzeby zdrowotne mieszkańców danych regionów. Nie można jednak pomijać znaczenia, jakie w zakresie budowania stabilności systemu pełnią szpitale kliniczne. Dlatego też apelujemy o zwrócenie szczególnej uwagi na obecną sytuację szpitali klinicznych i pilne podjęcie prac zmierzających do ustabilizowania sytuacji finansowo-ekonomicznej tych podmiotów.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych wyraża gotowość do pełnej współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedstawienia propozycji mechanizmów optymalizujących obecny system rozliczeń dla szpitali klinicznych w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wydaje się, że efektywne zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, jak i szpitali klinicznych rozwiązania mogłyby obejmować wyodrębnienie określonej grupy świadczeń wysokospecjalistycznych poza ryczałt, a także przyjęcie dalszych wskaźników korygujących w określonych zakresach i procedurach realizowanych w szpitalach klinicznych. Są to rozwiązania możliwe do wprowadzenia w ramach obecnego, ryczałtowego systemu.

PRZEWODNICZĄCY
Konferencji Rektorów
Akademickich Uczelni Medycznych
prof. dr hab. Przemysław Jałowiecki